

УДК 616.72-002.1-022.38/39

СЛУЧАЙ ИЕРСИНИОЗНОГО АРТРИТА БЕЗ КИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

В.П. Водоевич, И.И. Богданович, Е.А. Жмакина

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

Описывается случай затяжного, торпидного течения иерсиниозного артрита без кишечных проявлений. Делается вывод – при лечении острого воспаления суставов следует исходить из того, что если глюкокортикоидные гормоны не дают эффекта в первые дни лечения, необходимо искать инфекционную причину заболевания, особенно иерсиниоз.

Ключевые слова: иерсиниоз, инфекция, острые артриты, диагностика

A case of protracted torpid course of yersinia arthritis without intestinal manifestations is described. The authors draw a conclusion that if glucocorticoids are not effective during the first days of therapy of acute arthritis an infectious origin of the disease, yersiniosis in particular, should be sought.

Key words: yersiniosis, infection, acute arthritis, diagnosis.

Иерсиниоз – острая инфекционная болезнь, обусловленная *Yersinia enterocolitica*, протекающая с лихорадкой, симптомами интоксикации и поражением желудочно-кишечного тракта. Возбудитель *Yersinia enterocolitica* по своим свойствам сходен с возбудителями псевдотуберкулеза и чумы, но отличается по антигенной структуре. От большинства больных выделяют 3, 5 и 9-й серотипы возбудителя. Иерсинии устойчивы во внешней среде, они могут длительно выживать и даже размножаться вне организма хозяина. На свежих овощах (лук, морковь, свекла, капуста) могут долгое время существовать и размножаться в условиях хранения.

Иерсиниоз относится к зоонозам. Источником инфекции является животное. Патогенные для человека серотипы иерсиний выделены от свиней, собак, кошек, коров, грызунов, птиц. Основной путь заражения человека – алиментарный, чаще при употреблении овощных салатов. Возможно инфицирование при контакте с больными домашними животными. Больной человек опасности для окружающих не представляет. Иерсиниоз встречается как в виде спорадических заболеваний, так и в виде небольших вспышек. Ворота инфекции – нижние отделы тонкого кишечника, где развивается различной выраженности терминальный илеит. Инкубационный период от 1 до 4 дней. Заболевание начинается остро. Температура тела почти у всех больных повышается до 38–39°C. В зависимости от локальных изменений выделяются следующие клинические формы: гастроэнтероколитическая, аппендикулярная, септическая, субклиническая.

Первые три формы, как правило, характеризуются кишечными проявлениями. Обычно через 1–3 недели от начала кишечных проявлений возникает асимметричный острый поли- или олигоартрит с преимущественным поражением крупных суставов ног [1].

Мы описываем случай иерсиниозного артрита без кишечных проявлений, т. е. субклиническую форму болезни, которая выявляется, как правило, в очагах лабораторным путем, но в данном случае – с выраженными суставными изменениями.

Больной И., 17 лет (ист. болезни № 2333), поступил в терапевтическое отделение 4-й городской клинической больницы г. Гродно 12.03.09 г. с диагнозом ювенильного

ревматоидного артрита. Жаловался на сильные боли в левом коленном суставе, правом локтевом и левом лучезапястном суставах, их отечность. Боли усиливались при малейшем движении, поэтому больной передвигался со слезами на глазах от боли. Но, в отличие от ревматоидного артрита усиления болей к утру не наблюдалось, боли были постоянные в течение суток.

Боли в суставах начались неделю назад с левого коленного сустава и повышения температуры тела до 39°. Заболевание началось через неделю после явления уретрита – больной отмечал боли в конце мочеиспускательного канала при мочеиспускании. В поликлинике ревматолог назначил таблетки нимесулида и обследование: общий анализ крови (ОАК) и общий анализ мочи (ОАМ). В ОАК отмечался умеренный лейкоцитоз ($l = 9.4 \cdot 10^9/l$), нейтрофильный сдвиг влево (палочкоядерные – 14) и ускорение СОЭ – 48 мм/ч. В ОАМ – лейкоцитурия (l – тонким слоем покрывают все поле зрения) и бактериурия ++. Учитывая анамнез и изменения в ОАМ больной был направлен в ГОКВД для обследования на хламидиоз, где был взят соскоб из мочеиспускательного канала.

В стационаре в ОАК СОЭ повысилась до 62 мм/час, повысился и лейкоцитоз – $13.1 \cdot 10^9/l$. В трехстаканной пробе в 1 порции мочи определили лейкоциты – до 20 в поле зрения, что подтверждало диагноз уретрита. В биохимическом анализе крови появился С-реактивный белок – 96 МЕ/л, ревмофактор был отрицательным. Был получен ответ из ГОКВД, что в соскобе хламидии не найдены, что исключало болезнь Рейтера, которая передается половым путем и в соскобе хламидии обнаруживаются в 80–90 % случаев [2]. Для этой болезни характерна триада симптомов: уретрит, артрит и конъюнктивит. К тому же наш больной половые связи отрицал. Мы остановились на диагнозе реактивного урогенного артрита, вызванного банальным уретритом (юношеский возраст – мастурбации и т.д.).

Были назначены антибиотики: гентамицин, ципрофлоксацин, тиментин; НПВП – диклофенак внутримышечно, нимесприл в таблетках; глюкокортикоидные гормоны – преднизолон в таблетках (4 таб.) 20 мг в сутки. Проводимое лечение положительного быстрого эффекта не давало. Правда, ОАМ нормализовался через неделю, а СОЭ

снизилась до 34 мм/час. Боли в суставах незначительно уменьшились, но по-прежнему держалась их припухлость, сохранялась и субфебрильная температура тела. Учитывая такую торпидность течения реактивного артрита, был произведен анализ крови на иерсиниоз, хотя никаких кишечных проявлений заболевания и со слов больного, и со слов родителей, не было. Правда, осенью на даче юноша часто общался с бродячей собакой, от которой и мог заразиться. Результат микробиологического исследования от 24.03.09 показал, что серотип возбудителя иерсиниоза 03 был резко положительным и был в титре 1 : 25600, хотя для диагностики иерсиниоза достаточно титра 1 : 160 [1].

После полученного результата больной 26.03.09 был переведен в Гродненскую областную инфекционную клиническую больницу – история болезни № 1592. В инфекционной больнице произведены анализы крови на стерильность и посевы кала на энтеропатогенную флору. Результаты – отрицательные. Не обнаружены в крови (ПЦР № 1374 от 24.03.09 г.) и ДНК *Chlamidia trachomatis*.

Проводилось лечение: цефотоксим, левомицетин, флуконазол, диклофенак, мовалис, преднизолон, сульфасалазин. После проведенного лечения (20 дней) боли в суставах уменьшились, снизилось содержание С-реактивного белка в крови – 18,0 МЕ/л, титр серотипа возбудителя иерсиниоза стал в 2 раза меньшим и составлял 1 : 12800. СОЭ осталось повышенной и составляла 32 мм/ч.

15.04.09 г. больной был выписан домой, где продолжает прием сульфасалазина по схеме, 2 таб. метилпреднизолона (8 мг) в сутки, мовалиса – 1 таб. (15 мг) в сутки. Чувствует себя удовлетворительно, но боли в суставах при движении еще сохраняются. Больному рекомендована повторная госпитализация в инфекционную больницу после сдачи выпускных экзаменов в школе (11 класс).

Такое упорное, торпидное течение иерсиниозного артрита наблюдается не только у нашего больного. Как указывает А. Н. Окроков [2], длительность иерсиниозного артрита составляет около 4 месяцев, у 70 % больных наступает полное излечение, у 30 % больных развивается

хронический серонегативный (по РФ) неэрозивный артрит крупных и средних суставов и/или медленно прогрессирующий сакроилеит. По существу, у нашего больного та же болезнь Рейтера, которая, помимо хламидий, может вызываться и другими микроорганизмами – иерсинией, сальмонеллой, шигеллой, которые могут вызывать уретро-окуло-синовиальный синдром [2]. Выделяют 2 стадии заболевания: первая – инфекционная, вторая – иммунопатологическая. Предполагается, что вышеуказанные микроорганизмы имеют определенные антигенные структуры, вызывающие своеобразный иммунный ответ организма в виде уретро-окуло-синовиального синдрома. По длительности болезни Рейтера до 6 месяцев ее определяют как острое течение, до 1 года – затяжное, более одного года – хроническое.

Приведенный случай представляет интерес в том, что иерсиниозная инфекция может протекать и без явных кишечных проявлений. В данном случае банальный уретрит, по-видимому, явился пусковым механизмом для вспышки иерсиниозной инфекции, которая «дремала» в организме, возможно, еще с осени (заражение от собаки?). Не исключается и параллельное возникновение банального уретрита и иерсиниоза, т.к. больной употреблял в пищу салаты из капусты, свеклы, яблок.

При лечении острого воспаления суставов следует исходить из того, что если глюкокортикоидные гормоны не дают эффекта в первые дни лечения, то необходимо искать инфекционную причину заболевания, особенно иерсиниоз. Глюкокортикоиды успешно подавляют воспалительный процесс при ревматоидном артрите, ревматизме, подагре и при том же реактивном артрите, вызванном носоглоточной инфекцией, за самые короткие сроки.

Литература

1. Матвейков, Г. П. Справочник терапевта, 2-е издание. Минск: Беларусь, 2002. – 848 с.
2. Окроков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний: М.: Мед. лит., 2001. – 576 с.

Поступила 26.06.09